

Innhold

1. Hensikt.....	1
2. Omfang.....	1
3. Grunnlagsinformasjon.....	1
4. Oppgaver for koordinator (KO) i spesialisthelsetjenesten.....	2
4.1 Koordinator skal koordinere behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten.....	2
4.2 Koordinator skal være i dialog med kommunen og andre tjenesteytere/etater når koordinering av tjenester er aktuelt.....	2
4.3 Koordinator skal sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (IP).....	2
4.4 Koordinator skal sikre brukermedvirkning.....	3
5. Forholdet til kontaktlege/kontaktpsykolog og andre koordinatorfunksjoner i spesialisthelsetjenesten.....	3
5.5 Kontaktlege/kontaktpsykolog.....	3
5.6 Samarbeid mellom koordinator og kontaktlege/kontaktpsykolog.....	3
5.7 Forholdet til andre koordinatorfunksjoner.....	3
6. Prosess: Vurdering, oppnevning og dokumentasjon.....	4
7. Tvist/klagerett.....	4
8. Referanser.....	5

1. Hensikt

Avklare ansvar og oppgaver for koordinator i spesialisthelsetjenesten.

2. Omfang

Helsepersonell som blir oppnevnt som koordinator etter spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a, jf [RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten](#).

3. Grunnlagsinformasjon

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal følge opp pasienten, sikre koordinering av tilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten

Helsepersonell som har fått tildelt rolle som koordinator etter bestemmelsene i [RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten](#) og som har koordineringsansvar overfor navngitt pasient.

Pasienter med behov komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal få oppnevnt koordinator

- Komplekse: innebærer at pasienten har behov for tjenester fra flere behandlingsenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingsenhet og/eller fra flere profesjoner
- Langvarige: en viss varighet men ikke noe minstetid
- Koordinerte: to eller flere tjenester der det er behov for koordinering

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) i helseforetaket har det overordnede ansvaret for helseforetakets arbeid med koordinator og individuell plan. Koordinerende enhet skal gi veiledning og opplæring

Lederansvar

Leder ved klinisk enhet har ansvaret for å oppnevne koordinator og avklare sammen med aktuell koordinator hva koordineringen for den enkelte pasient skal omfatte. Lederen skal gi myndighet og rammebetingelser til koordinatoren for å kunne utøve funksjonen, og sørge for at koordinatoren får nødvendig opplæring. Se [RL5945](#) om oppnevning av koordinator

4. Oppgaver for koordinator (KO) i spesialisthelsetjenesten

Oppgavene til KO er blant annet beskrevet i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator under kapitlet «[Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#)» og i [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#).

4.1 Koordinator skal koordinere behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten

- Være pasientens kontaktperson i spesialisthelsetjenesten
- Sørge for nødvendig oppfølging av pasienten
- Sikre samordning av tjenestetilbudet før – under – etter innleggelse eller konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten

4.2 Koordinator skal være i dialog med kommunen og andre tjenesteytere/etater når koordinering av tjenester er aktuelt

- Samhandle med kommunen og eventuelt andre tjenesteytere eller etater som har eller vil få et behandlings- og/eller oppfølgingsansvar
- Varsle kommunens koordinerende enhet (KE) om behov for koordinator og/eller individuell plan når pasienten også har behov for tjenester etter [helse- og omsorgstjenesteloven](#).

4.3 Koordinator skal sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (IP)

Individuell plan er et verktøy som skal bidra til at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester får individuelt tilpassede, helhetlige og koordinerte tjenester. Innhold og omfang i individuell plan skal tilpasses behovene til den enkelte pasient.

Koordinator skal avklare sammen med pasienten:

- Dersom pasienten har IP
 - Om, og i så fall hvilke deler av planen som skal formidles til spesialisthelsetjenesten
 - Om koordinator i spesialisthelsetjenesten kan samhandle direkte med koordinator i kommunen
- Dersom pasienten ikke har IP, men vurderes å ha behov for det:
 - Sikre at pasienten gis informasjon om rett til IP og formålet med IP

- Om pasienten ønsker IP, melde fra om behov for IP til koordinerende enhet i kommunen, og starte på arbeidet med planen. Se helseforetakets retningslinje for IP
- Sikre fremdrift i arbeidet med IP i samarbeid med pasienten og koordinator i kommunen
 - Ved behov bistå kommunens koordinator i arbeidet med IP og bidra med nødvendig dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå
 - Sørge for at tiltak for rehabilitering, forebygging av tilbakefall, forverring og forebygging av andre komplikasjoner blir beskrevet i IP

4.4 Koordinator skal sikre brukermedvirkning

- KO skal sikre at pasient og pårørende får god informasjon, veiledning og opplæring
- KO skal sikre god dialog med, og følge opp innspill fra, pasient og pårørende, se [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)
- Sikre god oppfølging av barn som pårørende, se [PR11066 Barn som pårørende i Helse Nord](#) Barn som pårørende i Helse Nord punkt 2.1

5. Forholdet til kontaktlege/kontaktpsycholog og andre koordinatorfunksjoner i spesialisthelsetjenesten

Det vises her til regional retningslinje for Kontaktlegeordningen i spesialisthelsetjenesten, [RL5859](#) og aktuelle veiledere.

5.5 Kontaktlege/kontaktpsycholog

- Oppnevnes for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet
- Er pasientens faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet og involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten
- For områdene psykisk helsevern og rus kan kontaktpsycholog utnevnes i stedet for kontaktlege dersom det er mest hensiktsmessig for behandling eller oppfølging

5.6 Samarbeid mellom koordinator og kontaktlege/kontaktpsycholog

For pasienter som har fått oppnevnt både koordinator og kontaktlege er det viktig at disse samarbeider godt for å sikre god helhetlig oppfølging av pasienten, eksempelvis:

- Kontaktlegen håndterer henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinskfaglig karakter
Koordinator sørger for praktisk tilrettelegging og samordning av ulike tilbud
- Kontaktlegen er i dialog med fastlegen i medisinske spørsmål
Koordinator følger opp dialogen med andre relevante aktører i kommunen som eksempelvis koordinerende enhet, koordinator og eventuelt bestillerkontor/tildelingskontor om oppgaver som gjelder videre oppfølging fra ulike tjenester og sektorer i kommunen
- Kontaktlegen må holde koordinator orientert om forhold av betydning for planlegging av tjenestetilbudet
Koordinator skal medvirke til at informasjon av betydning for behandlingen videreformidles til kontaktlegen

5.7 Forholdet til andre koordinatorfunksjoner

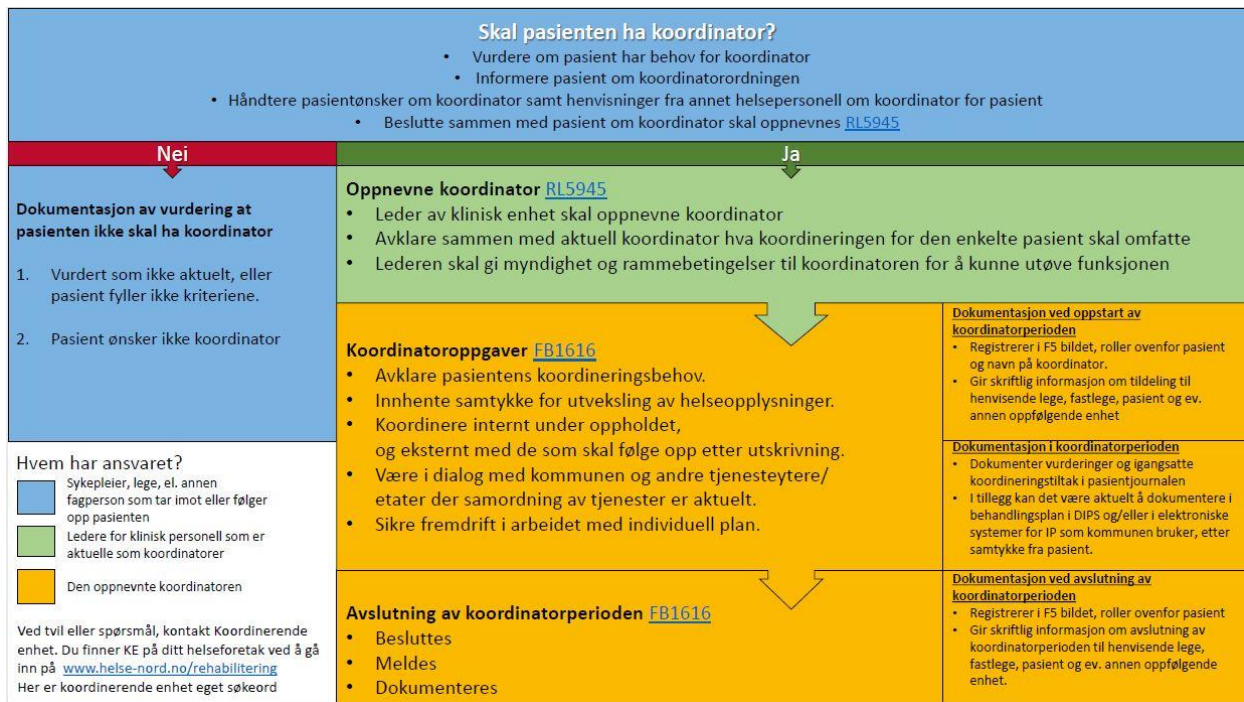
Det er mange stillinger med koordinatorfunksjoner i spesialisthelsetjenesten. For eksempel (pakke)forløpskoordinatorer, KOLS-koordinator, diabetessykepleier, slagsykepleier, utskrivingskoordinator m fl. Slike «fag- og forløpskoordinatorer» kan oppnevnes som koordinator i

tråd med § 2-5a i Lov om spesialisthelsetjenesten [RL5945 Oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten](#)

Alternativt kan koordinator i spesialisthelsetjenesten samarbeide med slike «fag- og forløpskoordinatorene» i sitt koordineringsarbeid omkring pasienten.

6. Prosess: Vurdering, oppnevning og dokumentasjon

[Flytskjema koordinator i spesialisthelsetjenesten FB1892](#)



Manglende koordinering av pasientforløp kan være brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 plikt til forsvarlighet og § 2-5 a koordinator, helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet og § 38 a Melding om behov for individuell plan og koordinator og/eller pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 Rett til individuell plan.

Dersom pasient eller pårørende erfarer manglende helhet i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten kan man klage til [Fylkesmannen/ Helsetilsynet](#). Helsepersonellet eller Koordinerende enhet i helseforetaket kan bistå i utforming av en slik klage.

7. Tvist/klagerett

Manglende koordinering av pasientforløp kan være brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 plikt til forsvarlighet og § 2-5 a koordinator, helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet og § 38 a Melding om behov for individuell plan og koordinator og/eller pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 Rett til individuell plan.

Dersom pasient eller pårørende erfarer manglende helhet i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten kan man klage til [Fylkesmannen/ Helsetilsynet](#). Helsepersonellet eller Koordinerende enhet i helseforetaket kan bistå i utforming av en slik klage.

8. Referanser

Interne referanser med gyldighetsområde Helse Nord RHF:

- 1) Retningslinje for oppnevning av koordinator i spesialisthelsetjenesten [RL5945](#)
- 2) Kontaktlegeordningen i spesialisthelsetjenesten [RL5859](#)
- 3) Kontaktlegeordningen; oppgavefordeling, ansvar og arbeidsflyt EPJ DIPS [SJ10690](#)
- 4) Registrering av roller overfor pasient i pasientopplysningsbildet F5 EPJ DIPS [PR43683](#)
- 5) [PR11066](#) Barn som pårørende i Helse Nord

Andre referanser:

- 1) [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#) (spesialisthelsetjenesteloven)
- 2) Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer, [Rundskriv IS-5/2013](#)
- 3) [Lov om helsepersonell \(helsepersonelloven\)](#)
- 4) [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#) (pasient- og brukerrettighetsloven)
- 5) Lov om pasient- og brukerrettigheter med kommentarer [IS 8/2015](#)
- 6) [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
- 7) [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- 8) [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 13](#) om individuell plan og koordinator
- 9) [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- 10) [Veileder for kontaktleger i spesialisthelsetjenesten](#)
- 11) [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)

Andre ressurser:

- Alice Kjellevold «Retten til individuell plan og koordinator» ISBN 978-82-450-1422-8
- Breimo, Janne; Normann, Trine; Sandvin, Johans Tveit; Thommesen, Hanne: Individuell plan. Samspill og unoter. Gyldendal Akademisk. 2015
- [E-læring «Koordinator i spesialisthelsetjenesten» i Campus](#)
- Nettbasert kurs på Helsekompetanse.no: E-læring for individuell plan. <http://helsekompetanse.no/kurs/e-laering-individuell-plan>